

O'zbekiston tibbiyot jurnali

Turkiston tibbiyot jurnali (1922yy.), O'rta Osiyo tibbiyot jurnali (1925yy.)

Медицинский журнал Узбекистана  Medical journal of Uzbekistan

№ 1
2023

ISSN 0025- 830X



ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Нуралпиев Ф.Н., Славинская Н.В. / Особенности охраны здоровья и выявляемость профессиональной патологии у работников	11
--	----

ВНИМАНИЮ ЛЕЧАЩИХ ВРАЧЕЙ И АПТЕЧНЫХ РАБОТНИКОВ

Парпибаева Д.А., Салаева М.С., Салимова Н.Д., Бувамухамедова Н.Т., Эргашев Н.Ш. / Оптимизация функционального состояния печени у больных ишемической болезнью сердца на фоне лечения розувастатином	19
Мухаммадиева С.М., Набиева Д.А. / Анкилозловчи спондилоартритли беморларни даволашда метилпреднизолоннинг самарадорлиги ва хавфсизлигини баҳолаш	23
Xakimov Z.Z., Raxmanov A.X., Kurbanniyozova Y.A. / Gipoksiyadan keyingi davrda endogen zaharlanish sindromini bartaraf etishda ba'zi antigipoksantlarning samaradorligi	30

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

Шеховцов С.А., Давлатов С.С. / Сравнительный анализ факторов, влияющих на результаты применения методики лазерной облитерации (FiLAC) коротких и сложных прямокишечных свищей	37
Шеховцов С.А., Давлатов С.С. / Анализ влияния воздействия подпороговых мощностей диодного лазера с длиной волны 1470 нм на функцию запирающего аппарата прямой кишки при выполнении лазерной облитерации коротких и сложных прямокишечных свищей по технологии FiLAC	43
Фаттахов Р.А. / Дисфункции ВНС у лиц с синдромом эмоционального выгорания	48
Хакимов М.Н., Кариев Г.М., Худайбердиев К.Т., Мамадалиев А.Б. / Градация нарушения уровня сознания при диагностике дислокационного синдрома при супратенториальных опухолях головного мозга	55
Иноятлов А.Ш., Саидова М.А. / Клинико-патоморфологические изменения слизистой оболочки полости рта при трофических язвах у пациентов, перенесших COVID-19	61
Гаффаров С.А., Назаров У.К., Хен Д.Н., Шайматова А.Р. / Специфика клинической картины и диагностики хронического генерализованного пародонтита у больных дисплазией соединительной ткани	65
Мавлянов О.Р., Усмонов М.М., Алимов С.У., Курбанов Ш.Р. / Хирургические аспекты язвенного гастродуоденального кровотечения	74

**Мавлянов О.Р., Усмонов М.М., Алимов С.У., Курбанов Ш.Р.
ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЯЗВЕННОГО ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОГО
КРОВОТЕЧЕНИЯ**

Ташкентская медицинская академия (Ташкент, Узбекистан)

**Mavlyanov O.R., Usmonov M.M., Alimov S.U., Qurbonov Sh.R.
SURGICAL ASPECTS OF ULCERATE GASTRODUODENAL BLEEDING**

Tashkent medical academy (Tashkent, Uzbekistan)

**Mavlyanov O.R., Usmonov M.M., Alimov S.U., Qurbonov Sh.R.
GASTRODUODENAL YARALI QON KETISHINING JARROHLIK JIHATLARI**

Toshkent tibbiyot akademiyasi (Toshkent, O'zbekiston)

Цель исследования. Анализ результатов консервативного и хирургического лечения больных с гастродуоденальным кровотечением, с целью определения оптимальные лечебной тактики и выбора объёма и характера оперативного вмешательства.

Материалы и методы. Проведен проспективный анализ результатов лечения 1792 пациентов по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Из них 1241 больные лечились с осложненным кровотечением, в 138 случаях кровотечение не язвенной этиологии, в 299 случаях были хронические ЯБЖ и ДПК. По поводу стеноза оперировали только 98 больных. 114 пациентов были оперированы по поводу перфорации. Алгоритм лечебных мероприятий у госпитализированных пациентов зависел от результатов гастродуоденоскопии. После первичной эндоскопической остановки кровотечения в 37 наблюдениях развился его рецидив, по поводу которого у 37 — прошивание кровоточащего сосуда. Анализируя изложенное с позиции эффективности эндоскопического гемостаза, заметим, что среди 101 пациентов 63,5% пациентов использована консервативная тактика с летальностью на уровне 5,5%.

Заключение. По нашим данным, в последние годы из осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки преобладает кровотечение - 69,3%, а перфорация и стеноз 6,4%, 5,4 % соответственно.

Ключевые слова. язвенная болезнь желудка, гастродуоденальное кровотечение, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.

Purpose of the study. Analysis of the results of conservative and surgical treatment of patients with gastroduodenal bleeding, in order to determine the optimal treatment tactics and the choice of the volume and nature of the surgical intervention.

Materials and methods. A prospective analysis of the results of treatment of 1792 patients with gastric and duodenal ulcers was carried out. Of these, 1241 patients were treated with complicated bleeding, in 138 cases the bleeding was not of ulcerative etiology, in 299 cases there were chronic PU and duodenal ulcers. Only 98 patients were operated on for stenosis. 114 patients were operated on for perforation. The algorithm of therapeutic measures in hospitalized patients depended on the results of gastroduodenoscopy. After primary endoscopic hemostasis, 37 cases developed recurrence, which resulted in suturing of the bleeding vessel in 37 cases. Analyzing the above from the standpoint of the effectiveness of endoscopic hemostasis, we note that among 101 patients, 63.5% of patients used conservative tactics with a mortality rate of 5.5%.

Conclusion. According to our data in recent years, complication of gastric ulcer and duodenal ulcer is dominated by bleeding - 69.3%, and perforation and stenosis - 6.4%, 5.4%, respectively.

Keywords. gastric ulcer, gastroduodenal bleeding, duodenal ulcer.

Tadqiqot maqsadi. Optimal davolash taktikasini aniqlash va jarrohlik aralashuvning hajmi va xarakterini tanlash uchun gastroduodenal qon ketishi bilan og'riqan bemorlarni konservativ va jarrohlik davolash natijalarini tahlil qilish.

Materiallar va usullar. Oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yarasi bilan og'riqan 1792 nafar bemorni davolash natijalari istiqbolli tahlil qilindi. Ulardan 1241 nafar bemor asoratlangan qon ketish bilan

davolangan, 138 holatda qon ketishi yarali etiologiyali emas, 299 holatda surunkali PU va o'n ikki barmoqli ichak yarasi aniqlangan. Faqat 98 bemor stenoz uchun operatsiya qilingan. 114 bemor teshilish bo'yicha operatsiya qilindi. Kasalxonaga yotqizilgan bemorlarda terapevtik chora-tadbirlar algoritmi gastroduodenoskopiya natijalariga bog'liq edi. Birlamchi endoskopik gemostazdan so'ng, 37 ta holatda residiv rivojlandi, buning natijasida 37 ta holatda qon ketuvchi tomir tikilgan. Yuqoridagilarni endoskopik gemostaz samaradorligi nuqtai nazaridan tahlil qilsak, 101 bemor orasida bemorlarning 63,5 foizi konservativ taktikalardan foydalangan holda o'lim darajasi 5,5 foizni tashkil etganini qayd etamiz.

Xulosa. Oxirgi yillardagi ma'lumotlarimizga ko'ra, oshqozon yarasi va o'n ikki barmoqli ichak yarasi asoratlanishida qon ketishi - 69,3%, teshilish va stenoz - mos ravishda - 6,4%, 5,4% ni tashkil qiladi.

Kalit so'zlar. oshqozon yarasi, gastroduodenal qon ketish, o'n ikki barmoqli ichak yarasi.

Введение. В последние годы среди населения увеличивается частота язвенных гастродуоденальных кровотечений. При этом тяжесть состояния больного с УГД определяется интенсивностью и объемом кровопотери, возрастом больных, наличием у них сопутствующих заболеваний [7]. Несмотря на успехи консервативного, эндоскопического и хирургического лечения (применение H₂-блокаторов, ингибиторов протонной помпы, антихеликобактерных препаратов, лазеротерапии и др.), количество больных с осложненной язвенной болезнью за последние десятилетия не уменьшилось. Зажившие язвы рецидивируют у 60-90% больных, а у 50-60% развиваются такие осложнения, как кровотечение, перфорация и стеноз [3,4]. Успехи, достигнутые в консервативном лечении язвенной болезни, привели к сокращению числа оперативных вмешательств по поводу этой патологии. Вместе с тем такое грозное осложнение, как желудочно-кишечные кровотечения, составляет 15-25% всех осложнений язвенной болезни и требует от хирургов разработки новых тактических подходов [1,2,6].

В конечном счете, важно получить уверенность в том, что избранные ориентиры повседневной практики по оказанию помощи при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением, верны и целесообразны с клинических позиций. Проблема лечения этой группы больных нельзя считать окончательно решенной, так как нет единой общепринятой тактики.

Цель исследования: Анализ результатов консервативного и хирургического лечения больных с гастродуоденальным кровотечением, с целью определения оптимальных лечебной тактики.

Материалы и методы: Проведен проспективный анализ результатов лечения 1792 пациентов, находившихся в клинике кафедры хирургических болезней медицинской академии в базе 1 городской клинической больницы по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Из них 1241 больной лечились с осложненным кровотечением, в 138 случаях кровотечение не язвенная этиология, в 299 случаях были хронические ЯБЖ и ДПК. По поводу стеноза оперировали только 98 больных. 114 пациент были оперированы по поводу перфорации. В исследование включены все пациенты, у которых источником геморагии был дефект стенки желудка или двенадцатиперстной кишки диаметром от 0,5 до 3 см и глубиной до подслизистого и мышечного слоев, имеющий гладкое дно, валикообразные, плотные и ровные края, подрывные в проксимальном и пологие в дистальном направлении.

Впервые выявленные в анамнезе ЯБЖ и ДПК больные были - у 216 (17,4%) случаях, язвенный анамнез до 1 года, - у 496 (39,9%), 1-3 лет - у 130 (10,5%), 3-5 лет - у 98 (7,9%), 5-10 лет - у 139 (11,2%), более 10 лет - у 162 (13,1%) больных. Большинство больных страдало язвенной болезнью в течение одного года. У всех больных течение болезни было достаточно типичным: за 2-3 ч до возникновения кровотечения усиливались боли в эпигастриальной области, особенно по ночам, боли отличались упорством (у 583 больных), которые после начала кровотечения стихали. Они чувствовали общую слабость нарастающего характера (601 больных), сопровождающуюся головокружением (305 больных), тошноту (313 больных), была рвота типа «кофейной гущи» (1073 больных) и темной кровью (39 больных). Спустя 8-12 ч с момента стихания боли в животе наблюдался дефекационный

студ (511 больных). В приемном покое при осмотре у 874 больных кал оказался дегтеобразным, что указывало на наличие кровотечения из верхних отделов ЖКТ. Впервые язвенная болезнь осложнилась кровотечением у 679 больных, у 487 больных кровотечение повторилось, а у 78 больных кровотечение наблюдалось многократно. Сроки, прошедшие с момента начала кровотечения до поступления в клинику, самые разнообразные – от 2 часов до 2 недель.

Анализ степени кровотечения у 1241 больных показал, что у 388 (31,3%) больных I степень кровопотери, у 594 (47,9%) II, и – у 258 (20,8%) больных III степень кровопотери.

Размер язвы у 285 больных был до 0,5 см, у 793 – до 1,0 см, у 103 – 1–2,0 см, у 60 – более 2,0 см.

Среди обследованных 790 (63,7%) больных являлись курильщиками. У обследованных в анамнезе стресс имели 541 (36,8%) больных.

У 125 (10,1%) больных гастродуоденальная язва сочеталась с камненным холециститом, а у 87 (7,03%) язвенной болезни сопутствовали хронический бескаменный холецистит, панкреатит и гепатит, у 844 (68%) случаях язвенное кровотечение сочеталось различными тяжести анемии.

Во время оперативного вмешательства, предпринимаемого с целью гемостаза, в качестве варианта гастро- или дуоденотомии с прошиванием кровотокающего сосуда.

Статистическую обработку материала выполняли методом непараметрического анализа с вычислением критерия χ^2 . За числовую меру объективной возможности события принимали вероятность 95% ($p < 0,05$).

Среди пациентов преобладали мужчины – 932 человек (75,1%) и лица среднего возраста – 94 наблюдения (33%). У 29 пациентов (80,4%) имелся общий

Из 1241 больных мужчин было 932, женщин – 309. Соотношение мужчин и женщин составляло 3,01:1. Подавляющее большинство больных были мужчины наиболее трудоспособного возраста (рис. 1).

По данным гастродуоденоскопии, у 984 (79,2%) пациента кровотокающая язва локализовалась в луковице двенадцатиперстной кишки 199 (16%), на втором месте по частоте встречаемости было тело желудка а в сочетании язвенной болезни желудка и двенадцати-

перстной кишки – 58 (4,8%). В целом же в структуре анатомического расположения дефекта у пациентов сравниваемых групп каких-либо достоверных различий не прослеживалось.

Возраст больных: (классификация по ВОЗ. 2017г.) 18–44 был у 588 (47,38%), 45–59 – у 353 (28,45%), 60–74 – у 227 (18,3%), 75–90 – у 73 (5,9%).

Анамнестически установлено, что у 87 пациентов язвенная болезнь ранее осложнялась кровотечением, поэтому поводу они (за исключением одного) перенесли операцию прошивания кровотокающего сосуда (39) или резекцию желудка (2). Еще 114 человек были оперированы по поводу прободной язвы.

Интенсивность кровотечения определили по классификацию Y. A. Forrest (1974):

IA – продолжающееся струйное кровотечение – у 20 (1,65%) больных;

IB – продолжающееся капиллярное – у 68 (5,5%);

IIA – видимый крупный тромбированный сосуд (размер тромба диаметром < 2 мм) – у 280 (22,5%);

IIb – фиксированный сгусток (размер тромба диаметром > 2 мм) – у 772 (62,2%);

III – мелкие тромбированные сосуды (черные точки, черное пятно) – у 101 (8,15%) больных.

В зависимости от лечебной тактики пациенты были разделены на 3 группы. В первую вошло 938 пациентов, лечившихся по поводу кровотечения, используемая при этом лечебная тактика базировалась на предпочтении эндоскопического пособия, которое для достижения окончательной остановки кровотечения при необходимости выполняли неоднократно. На фоне первичного гемостаза в обязательном порядке проводили комплексное медикаментозное лечение язвенной болезни, включавшее блокаторы H₂-рецепторов (ранитидин – 300 мг в сутки, фамотидин – 20–40 мг на ночь), ингибиторы протонной помпы (омепразол – 40–80 мг в сутки) и антигеликобактерную эрадикацию (метронидазол – 400 мг, амоксициллин – по 1000 мг 2 раза в день, кларитромицин – 500 мг) по традиционной схеме [1, 7].

Вторую группу составили пациенты ($n=67$), лечившиеся по поводу гастродуоденальной язвы, осложненной кровотечением,

основу практикуемого в этот период лечебно-диагностического алгоритма составляли активные хирургические действия, когда невозможность остановки кровотечения при первичном эндогемостазе и высокий риск его рецидива служили показанием к неотложной операции.

Третья группа больных они получили консервативная лечения по стандарту.

Результаты и обсуждение. Эффективность активной хирургической тактики. Алгоритм лечебных мероприятий у госпитализированных пациентов зависел от результатов гастродуоденоскопии. При верификации продолжающегося кровотечения (Forrest Ia - Ib) в 81 из 88 наблюдений использовали различные варианты гемостаза. У 9 пациентов в ткани язвы и вокруг нее инъекционно вводили сосудосуживающие (раствор адреналина в разведении 1:10000) и денатурирующие средства (этиловый спирт 70%). У 6 пациентов при капиллярном и венозном кровотечении было достаточным орошение язвы раствором капрофера. В 20 наблюдениях применяли электрокоагуляцию кровоточащего сосуда в язвенной нише и (или) тканей по периметру дефекта. Чаще же для гемостаза использовали комбинацию электрокоагуляционного и инъекционного способов.

Лишь в 7 наблюдениях выполнить гемостаз не удалось: один пациент отказался от процедуры, у двух какие-либо манипуляции были невозможны из-за рубцовой деформации пилоробульбарной зоны, и еще у одного источник геморрагии не обнаружили, однако во время операции, предпринятой в связи с клиникой продолжающегося кровотечения, выявлена язва двенадцатиперстной кишки. У двух — прошивание кровоточащей язвы, все пациенты выздоровели.

У 6 человек (8,1%) первичный эндогемостаз оказался изначально неэффективен. Они оперированы по экстренным показаниям и выздоровели.

После первичной эндоскопической остановки кровотечения в 37 наблюдениях развился его рецидив, по поводу которого у 37 — прошивание кровоточащего сосуда; Летальный исход имел место у 1 человек: — из-за перитонита, у одного после операции возникла перфорация острой язвы тела желудка, по поводу которой выполнена релапаротомия

и ее зашивание. особую тактическую сложность представляла острая геморрагия, развившаяся у 1 пациентов после зашивания перфоративной язвы. В связи с этим им выполнена релапаротомия и резекция желудка, после которой один пациент умер на фоне декомпенсированной кровопотери,

У 32 из 44 пациентов, имевших высокий риск рецидива кровотечения, при успешности первичного эндогемостаза проводилось консервативное лечение. При этом трое пациентов умерли: у трех — 79 и 80, 82 лет — смерть наступила из-за декомпенсации сердечнососудистой деятельности.

Лечебная тактика у 139 пациентов с активностью кровотечения Forrest IIa — IIb предполагала действия в двух направлениях. У 61 пациента какие-либо превентивные эндоскопические манипуляции не использовались. Особое беспокойство вызвали 78 человек, у которых спустя 2-3 суток с момента госпитализации развился рецидив кровотечения. Среди них в 63 наблюдениях эндогемостаз оказался успешным, однако у 1 пациента в связи с острой сердечнососудистой недостаточностью наступила смерть. Остальные 14 были оперированы в срочном порядке.

При высоком риске рецидива кровотечения 83 пациентов пролечены консервативно. 3 из них умерло вследствие трансмурального инфаркта миокарда (2), острого нарушения мозгового кровообращения (1) и декомпенсации сахарного диабета (1). Среди 21 оперированного пациента у одного выполнено прошивание кровоточащего.

В 101 наблюдениях первичная гастродуоденоскопия свидетельствовала о самопроизвольном гемостазе (Forrest IIc — Forrest III), в данном случае каких-либо манипуляций в зоне язвы — потенциального источника геморрагии — не требовалось. Несмотря на эндоскопические критерии, указывавшие на минимальную угрозу повторного кровотечения, оно все-таки наступило у 8 пациентов. У одного из них посредством электрокоагуляции получили окончательный гемостаз, пациент выздоровел. Еще у одного рецидив сопровождался декомпенсированной кровопотерей, и пациент умер во время подготовки к операции. Остальные оперированы: прошит кровоточащий сосуд. Умерло один —

во время операции на фоне тяжелой кровопотери.

Анализируя изложенное с позиции эффективности эндоскопического гемостаза, заметим, что среди 101 пациента 63,5% пациентов использована консервативная тактика с летальностью на уровне 5,5%. Главным образом это были те, у кого активность кровотечения оценивали как Forrest Ia, Ib, Ic, III. Лишь у 4 человек (1,4%) в силу объективных обстоятельств его не провели. У 236 пациентов выполнили первичный (при Forrest Ia — Ib) (при Forrest Ia — Ib) эндоскопический гемостаз. Решив кровотечения развились в 37 наблюдениях (18,6%). Из 37 пациентов, которым была проведена повторная гастроэноскопия, у 19 получен устойчивый гемостаз, остальные — оперированы. В результате эндоскопическая остановка кровотечения оказалась неэффективной в 13,7%. Оперативное лечение проводили у 36,5% больных.

Результативность эндоскопического лечения. 236 пациентов с язвенным кровотечением придерживались сдержанной тактики с приоритетом эндоскопического гемостаза. Во всех случаях активного продолжающегося кровотечения (141 пациент — Forrest Ia — Ib) гастроэноскопия носила лечебно-диагностический характер. С целью гемостаза чаще проводили электрокоагуляцию в качестве самостоятельной манипуляции или в сочетании с инъекционным способом. Среди пациентов с активностью кровотечения Forrest Ia — Ib первичный эндоскопический гемостаз оказался неэффективным лишь в 9 наблюдениях (6,4%). В связи с этим они были экстренно оперированы: у 8 — прошивание кровоточащего сосуда. После операции в 1 случае смерть наступила на фоне декомпенсированной кровопотери, у двоих — в связи с тяжелой сопутствующей соматической патологией (цирроз печени, пневмопневмония, острый инфаркт миокарда) и еще в одном — из-за несостоятельности швов анастомоза у пациента с системным васкулитом и последствиями острого нарушения мозгового кровообращения.

Заключение. По нашим данным в последние годы из осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки преобладает кровотечение — 69,3%, а перфора-

ция и стеноз 6,4%, 5,4 % соответственно. Клиническая целесообразность приоритета эндоскопического гемостаза при лечении язвенного гастроэнодального кровотечения обусловлена тем, что используемая с этой целью первичная эндоскопическая манипуляция стало в шире применяться. Высокая летальность наблюдается у лиц пожилого и старческого возраста с наличием сопутствующими патологиями и с опозданиями оперативным вмешательством.

Литература.

1. Анализ результатов лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением /А. С. Ермолов [и др.] // Неотложная хирургия и инфекция в хирургии: V Всероссийская научная конференция общих хирургов, объединенная с Пленумом проблемной комиссии РАМН. — Ростов, 2008. — С.46-48.
2. Гулов М.К., Абдулаева С.И. — «Современное состояние проблемы лечения язвенных кровотечений желудка и двенадцатиперстной кишки» // Вестник Авеишны — № 4. — 2015. с. -108-115.
3. Жерлов Г.К., Кошель А.П., Гибадулин Н.В. и др. Выбор хирургической тактики при гастроэнодальных язвенных кровотечениях // Вестн. хирург. — 2001. — №4. — с. -41-44.
4. Савельев В.С., Кириенко А.И. Клиническая хирургия. Национальное лидерство/М.: ГЭОТАР — медиа, 2013. — С. -317-40.
5. Саидов Д.С. — Динамика показателей гемостаза и их коррекция путем оптимизации инфузионно-трансфузионной терапии язвенных гастроэнодальных кровотечений // Вестник АМН Таджикистана 2019.Т. IX. №1. — С. -67-75.
6. Тактика при гастроэнодальных кровотечениях у лиц пожилого и старческого возраста / М.Д. Дирибов. [и др.] // Неотложная хирургия и инфекция в хирургии: V Всероссийская научная конференция общих хирургов, под ред. с Пленумом проблемной комиссии РАМН. — Ростов, 2008 — с.40-42.
7. Хаджибаев А.М., Рахимов Р.И., Набиев А.А. Результаты хирургического лечения язвенных кровотечений у больных ишемической болезнью сердца // Стационарные заместительные технологии: Амбулаторная хирургия. 2020 (1-2) - с.-110-116.